UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1900-1901 — N° 443

DES

Localisations Pleurales

DU RHUMATISME

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Juillet 1901

PAR

A. ESCLUSE

LAURÉAT DE LA FACULTÉ,
EX-INTERNE DES ASILES

NOMS DES EXAMINATEURS : MM. CAUBET, ✲, ✪ I., *Président.* — BÉZY, ✪ A., RISPAL, MOREL, ✪ A., *Assesseurs.*

TOULOUSE
IMPRIMERIE LAGARDE ET SEBILLE
2, RUE ROMIGUIÈRES, 2

1901

DES

LOCALISATIONS PLEURALES

DU RHUMATISME

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1900-1901 — N° 443

DES

Localisations Pleurales

DU RHUMATISME

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Juillet 1901

PAR

A. ESCLUSE

LAURÉAT DE LA FACULTÉ,

EX-INTERNE DES ASILES

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

NOMS DES EXAMINATEURS : MM. CAUBET, ✲, ✪ I., *Président.* — BÉZY, ✪ A., RISPAL, MOREL, ✪ A., *Assesseurs.*

TOULOUSE

IMPRIMERIE LAGARDE ET SEBILLE

2, RUE ROMIGUIÈRES, 2

1901

Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie de Toulouse

TABLEAU DU PERSONNEL

Doyen	MM. CAUBET, ✲, ✪ I.
Assesseur	FRÉBAULT, ✪ I

PROFESSEURS.

Anatomie	MM. CHARPY, ✪ I.
Histologie normale	TOURNEUX, ✪ A.
Physiologie	ABELOUS, ✪ A.
Anatomie pathologique	TAPIE, ✪ I.
Pathologie et Thérapeutique générales	HERRMANN, ✪ I.
Pathologie interne	ANDRÉ, ✲, ✪ I.
Pathologie externe	PENIÈRES, ✪ A.
Médecine opératoire	LABÉDA, ✪ I.
Thérapeutique	SAINT-ANGE, ✪ I.
Hygiène	GUIRAUD, ✪ I.
Clinique médicale	CAUBET, ✲, ✪ I.
	MOSSÉ, ✲, ✪ A.
Clinique chirurgicale	JEANNEL, ✪ I.
	CHALOT, ✪ A.
Clinique obstétricale	CROUZAT, ✪ A.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	AUDRY.
Clinique des maladies mentales	RÉMOND, ✪ A.
Pharmacie	DUPUY, ✪ I.
Chimie et Toxicologie	FREBAULT, ✪ I.
Matière médicale	BRÆMER, ✪ I.
Histoire naturelle	LAMIC, ✪ A.

CHARGÉS DE COURS.

Anatomie topographique	MM. SOULIÉ
Physique	MARIE. ✪ A.
Chimie	N.
Histoire naturelle	SUIS
Médecine légale	GUILHEM.
Bactériologie	MOREL, ✪ A.
Clinique des maladies des enfants	BÉZY, ✪ A.
Clinique ophthalmologique	VIEUSSE, ✲.
Hydrologie	GARRIGOU, ✪ I.
Pathologie expérimentale	MAUREL, ✲ O., ✪ A.
Cours élémentaire aux Sages-femmes	AUDEBERT.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

Pathologie interne et Médecine légale	MM. MOREL, ✪ A.
	RISPAL.
	FRENKEL.
Chirurgie	BAUBY.
	CESTAN.
Accouchements	AUDEBERT.
Anatomie et Histologie	SOULIÉ.
Physiologie	BARDIER, ✪ A.
Chimie	N.
Physique	N.
Pharmacie	N.

Secrétaire de la Faculté ..... M. CHAUDRON, ✪ I.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats. (Délibération en date du 12 mai 1891).

A MON PÈRE, A MON FRÈRE

A MA TANTE

Reconnaissance et Souvenir.

A MA FIANCÉE

MEIS ET AMICIS

A MON AMI ET PROFESSEUR

Monsieur LAYRAC

A M. LE DOCTEUR RAMADIER

Médecin directeur de l'Asile public

d'aliénés de Rodez.

A M. LE DOCTEUR LAFOSSE

Médecin de marine.

A MON AMI

M. le docteur CROS

Avant de quitter cette Faculté, il est un devoir que je remplis avec joie, c'est celui de témoigner toute ma profonde et respectueuse gratitude aux maîtres éminents qui par leur science, par leur dévouement et par l'amitié dont ils m'ont honoré, ont contribué à faire passer en moi un peu de leurs connaissances, beaucoup de leur amour professionnel.

Je suis heureux au moment où la vie m'emporte loin de leur sage direction, de leur rendre ici ce public hommage de ma reconnaissance et de les assurer que le souvenir de leurs leçons restera toujours profondément gravé en moi.

Que Monsieur le docteur Caubet, l'éminent doyen de cette Faculté où tous, maîtres et élèves, l'entourent de respect et d'estime, me permette de lui décerner un tribut particulier de mes remerciements, pour avoir bien voulu accepter la présidence de cette thèse, dont le seul mérite sera de s'être inspirée de ses enseignements.

Je n'aurais garde d'oublier M. le professeur Bézy, et M. le docteur Rispal, professeur agrégé de pathologie interne ; l'enseignement que j'ai

reçu dans leurs cliniques ou à la Faculté, m'a le plus souvent guidé dans ce travail auquel ils ont encore voulu contribuer davantage, l'un en me communiquant gracieusement une observation, l'autre en me fournissant ses résultats sur l'analyse cytologique du liquide, conséquences de leurs travaux scientifiques personnels.

Mais le sujet même de cette thèse, je le dois à M. le chef de clinique de M. le doyen, M. le docteur Buy, dont les savants conseils ont soutenu et dirigé notre travail. Qu'il en soit remercié, si j'ai su, à son gré, mettre à profit son inspiration.

Avant-propos.

Nous considérons aujourd'hui le rhumatisme comme une maladie générale que nous appellerons « fièvre rhumatismale », au même titre que la variole, la fièvre typhoïde, etc. La pathogénie, il est vrai, en est très mal élucidée et, malgré les nombreuses et savantes recherches de nos bactériologues contemporains, il ne nous est point permis encore d'assigner à cette affection un microbe pathogène spécifique.

Cependant, nous devons ranger le rhumatisme parmi les maladies microbiennes, hantant de préférence les articulations, mais dont les toxines ou les microbes peuvent au même titre que le streptocoque ou le bacille d'Eberth faire sentir leur action à distance.

Le rhumatisme peut atteindre tous les tissus de l'organisme et amener des complications viscérales

qui ne sont point les moins fréquentes, ni les moins dangereuses.

C'est une de ces complications viscérales, « la pleurésie rhumatismale », qui va faire l'objet de notre thèse.

Nous passerons rapidement en revue l'étiologie, l'anatomie pathologique et la bactériologie, pour nous appesantir davantage sur la symptomatologie et le diagnostic.

Ce sujet nous a été inspiré par un cas de rhumatisme (observ. IV) qui nous a paru absolument anormal, dont le diagnostic étiologique est resté hésitant malgré l'analyse cytologique du liquide.

Historique.

L'histoire de la pleurésie rhumatismale se résume dans le dix-neuvième siècle.

Avant même que Laënnec ait posé les premières bases de l'auscultation, Stoll avait pu constater durant le mois de janvier 1775 une sorte d'épidémie de rhumatisme à localisation pleurale. Dans son livre de la *Médecine pratique* (1801), il s'attache surtout à différencier cette pleurésie de la pleurésie *a frigore,* ayant déjà remarqué ce que la plupart des auteurs décriront plus tard : la fugacité et la mobilité de la fluxion rhumatismale.

Après lui, Boerhave et Vigla écrivent sur le même sujet et dans le même sens.

Cependant, c'est avec Bouillaud le premier que nous pouvons avoir une notion exacte de la localisation viscérale du rhumatisme.

Dans ses savantes cliniques, cet auteur pose

comme principe que dans le rhumatisme articulaire aigu généralisé et intense l'endocardite est la règle. Il note en même temps la coexistence fréquente des atteintes pleurales qu'il a cependant le tort de faire dériver, dans tous les cas, des cardiopathies rhumatismales.

Chomel, dans sa thèse de Paris (1813), revendique, au contraire, l'individualité de l'affection qui nous occupe et s'attache à démontrer que les manifestations pulmonaires abarticulaires ne font point partie de la diathèse et ne sont que des complications surajoutées, coïncidant très fréquemment avec les manifestations articulaires, seules propres au rhumatisme.

Trousseau, tout au contraire, nous dit dans ses cliniques : « C'est une chose digne de remarque, « avec quelle facilité le rhumatisme en général « migre sur les membranes séreuses et les « enflamme. Nous voyons, en effet, l'affection rhu- « matismale se porter très fréquemment des arti- « culations au péricarde, *fréquemment encore à la « plèvre,* assez rarement au péritoine. »

Bouchut et Blache (*Union médicale*, 1865); Bucquoy, Chouppe, Blachez (*Gazette hebdomadaire*, 1874), rapportent plusieurs observations de pleurésie rhumatismale. Je signalerai un cas de Chouppe, dans lequel l'épanchement pleurétique est devenu hémorragique.

Ball, dans sa thèse d'agrégation, lui assigne la troisième place parmi les complications abarticulaires.

En 1875, la thèse de François Martin (Th. de Paris : De la pleurésie rhumatismale), coordonne les idées émises jusqu'alors et démontre, d'une façon péremptoire, la relation de la pleurésie, survenant au cours du rhumatisme et de la diathèse.

Nous citerons encore les thèses de H. Godard (Fluxion rhumatismale abarticulaire, 1877); de Vasquez (Des complications pleuro-pulmonaires du rhumatisme, 1877); de Lebreton (Contribution à l'étude des manifestations pulmonaires chez les rhumatisants et les arthritiques, 1884). Quoique n'abordant le sujet que d'une façon très générale, ces auteurs ont pu nous fournir de précieux renseignements.

Moutard-Martin et G. Sée, attirent l'attention de leurs élèves sur cette affection, et Lasègue, dans ses Cliniques médicales (1884), assigne à la pleurésie rhumatismale, une symptomatologie spéciale, il crée la pleurésie « en galette », que nous retrouverons tout au long dans notre observation IV.

Besnier, dans le Dictionnaire de Dechambre (article Rhumatisme), est disposé à considérer la pleurésie rhumatismale comme une complication plus fréquente que les complications pulmonaires.

Dieulafoy, dans ses cours, Charcot et Bouchard, dans leur Traité de médecine, en parlent comme d'un fait acquis.

Widal, dans le Traité de Brouardel et Gilbert, donne du rhumatisme une brillante description.

De nos jours, les travaux de MM. Widal et

Ravaut, Sabrazès, Achard et Lœper, Milian, Arloing et Courmont (1900-1901) amenant la découverte de l'hémo-cyto-diagnostic, sont peut-être appelés à devenir d'un grand secours dans le diagnostic de la pleurésie rhumatismale, aussi bien que dans les autres genres de processus morbides.

Nous ne saurions oublier les noms de Saint-Germain, d'Achalme, de Thiroloix, de Triboulet et Coyon, que nous allons retrouver au chapitre traitant de la bactériologie.

Etiologie

L'étiologie de la pleurésie rhumatismale se confond en partie avec celle du rhumatisme lui-même. Aussi, nous proposons-nous de passer simplement en revue quelques points de détails.

a) **Hérédité**. — L'hérédité domine l'histoire de la diathèse ; il est acquis et généralement incontesté aujourd'hui que tout individu est en puissance de rhumatisme qui est issu de parents rhumatisants, l'affection n'attendant pour évoluer, qu'une cause occasionnelle, le froid, par exemple, ou le séjour prolongé dans des locaux humides.

Quant à l'histoire de la pleurésie rhumatismale elle-même, nous devons faire entrer en ligne de compte la prédisposition individuelle acquise. Tel qui, dans ses antécédents, a eu à souffrir d'une affection pleurale quelconque sera plus facilement que tout autre appelé à faire du rhumatisme de la

plèvre, car il présente un terrain préparé, un organisme en état de moindre résistance où le processus morbide peut lutter tout à son avantage. Ce fait nous est facilement démontré par quelques cas de rhumatisme pleural d'emblée, antérieur aux localisations articulaires.

b) **Age.** — On a voulu, d'autre part, faire du rhumatisme pleural, cardiaque ou cérébral l'apanage presque exclusif de la jeunesse et de l'âge adulte. Vogel prétendait que le rhumatisme atteignait les vieillards dans le segment inférieur et les jeunes dans le segment supérieur du corps. C'est une proposition peut-être trop absolue, mais qui renferme cependant une grande part de vérité.

c) **Manifestations cardiaques antérieures.** — Bouillaud, frappé de la fréquence des manifestations cardiaques dans le cours du rhumatisme et de leur coïncidence avec les localisations pulmonaires, en avait tiré une relation de cause à effet. Henri Roger est porté à admettre lui aussi, et surtout chez les enfants, que la péricardite et l'endocardite précèdent toujours la localisation pleurale et doivent être considérées comme le point de départ de ces dernières. *Il ne nous est point permis* d'accepter cette conclusion, car il est des cas où la pleurésie rhumatismale évolue seule et sans atteinte car-

diaque. La diffusibilité et la mobilité inhérentes à la fluxion rhumatismale permettent au rhumatisme de se localiser sur une séreuse quelconque à l'exclusion des autres.

La proposition de Bouillaud est, il est vrai, fréquemment réalisée, mais nous ne pouvons voir dans ce cas qu'un simple fait de coexistence et non une relation causale, bien que cependant le rhumatisme puisse passer directement et par la voie sanguine ou lymphatique de l'endocarde à la plèvre.

Il est un fait intéressant à noter, c'est que la pleurésie rhumatismale apparaît rarement seule. Elle est ordinairement contemporaine d'autres complications rhumatismales qui cependant ont très peu d'influence sur l'évolution de l'affection qui nous occupe. Nous pourrions citer à ce sujet une observation toute récente rapportée par M. le Dr E. Ausset dans la *Gazette hebdomadaire de Médecine et Chirurgie* (16 avril 1901) : « *Sur un cas de rhu-* « *matisme articulaire aigu avec endo-péricar-* « *dite, pleurésie, congestion pulmonaire, rhu-* « *matisme cérébral et hémichorée chez un* « *enfant de onze ans.* »

Anatomie Pathologique

Il y a peu de choses à dire sur l'anatomie pathologique de la pleurésie rhumatismale ; c'est en effet une affection dont on meurt bien rarement, qui n'a pas la moindre tendance à la chronicité et guérit le plus souvent sans laisser de traces.

Les autopsies en sont très rares. Martin rapporte dans sa thèse une observation de Bouillaud dans laquelle ce dernier aurait trouvé des adhérences totales fraîchement organisées et très peu vascularisées. Chez un enfant de 14 ans mort dans le service de Baudelocque (1) en pleine période de rhumatisme articulaire aigu on a pu constater « un exsudat albumineux avec léger engouement pulmonaire. »

L'analyse du liquide épanché peut nous fournir quelques renseignements. C'est un liquide ordinai-

(1) Thèse de Martin, 1875.

rement citrin, moyennement abondant, très rarement hémorragique (une seule observation, Chouppe, *Gaz. hebd.*, 1874, p. 265) n'ayant pas la moindre tendance à passer à la suppuration.

Quant à l'analyse microscopique de l'exsudat, nous la laissons de côté à dessein, nous proposant d'en parler plus longuement à l'article Cyto-diagnostic.

D'après les signes stéthoscopiques, cependant, les résultats de nombreuses observations et l'étude comparative des autres formes de pleurésies, il nous est permis, je crois, de faire remarquer que la pleurésie rhumatismale se présente sous deux formes : 1° pleurésie simple inflammatoire, au début congestion séreuse, avec ou sans formation de néo-membranes; 2° pleurésie avec épanchement unilatéral ou bilatéral. Parfois même comme dans l'observation IV que nous rapportons à la symptomatologie, les deux formes se trouvent associées chez le même sujet : liquide d'un côté, pleurésie sèche de l'autre.

Bactériologie et Pathogénie

« Quelque idée que l'on se fasse du rhumatisme, « dit Lasègue, on ne peut s'empêcher de penser « qu'il y a dans cette maladie aux allures si mobiles, « aux déterminations si variées, *un je ne sais quoi* « qui se promène librement dans l'organisme malade, « hantant de préférence les articulations, mais fai- « sant souvent des excursions sur d'autres points « du corps. Eh bien ! ce je ne sais quoi peut s'arrê- « ter sur la plèvre et on doit admettre un rhuma- « tisme pleural au même titre qu'un rhumatisme « cérébral. »

Ce je ne sais quoi dont parle Lasègue, qui pour nous est représenté par un microbe, a été l'objet de recherches nombreuses, mais malheureusement infructueuses. Existe-t-il un agent pathogène spécifique du rhumatisme ? Comment agit cet agent ? Les localisations viscérales sont-elles dues au microbe lui-même, à ses toxines ou à des associations multi-

ples ? Voilà bien de l'histoire du rhumatisme la question la plus obscure, malgré les récents travaux de Thiroloix, Achalme, Petit, Saint-Germain, Triboulet, Coyon, etc.

Dans sa thèse, Saint-Germain présente deux cas de pleurésie double rhumatismale; le résultat des cultures a été négatif.

Thiroloix (Société de Biol., octobre 1897), dans un cas de rhumatisme pleural, aurait constaté le bacille d'Achalme. Achalme lui-même, dans son mémoire des Annales de l'Institut Pasteur, signale un fait d'autopsie dans lequel il a trouvé son bacille au niveau d'un bloc pulmonaire hépatisé.

Triboulet et Coyon (Le rhumatisme articulaire aigu en bactériologie, 1900) rapportent deux observations. Dans la première, l'analyse du liquide pleural fournit des résultats négatifs ; dans la deuxième, on peut déceler dans le sang le bacille d'Achalme, des diplococcus et des staphylocoques.

Triboulet et Coyon concluent en ces termes : « Jusqu'à ce jour, l'étude bactériologique du rhu- « matisme, loin d'avoir permis d'isoler un germe « identique dans les divers cas, n'a conduit qu'à la « découverte inconstante, d'ailleurs, de germes dis- « parates, aussi bien dans la maladie simple qu'au « cours de ses complications. Au cours de l'état « infectieux du rhumatisme, la statistique nous « montre : le bacille d'Achalme, un diplococcus, « des cocci mal déterminés, du staphylocoque ; « dans certains cas, association de plusieurs va- « riétés. »

Symptomatologie et Diagnostic.

La pleurésie rhumatismale ne s'offre pas toujours sous le même aspect au clinicien. C'est sur un cas qui nous a paru quelque peu anormal que nous nous proposons d'attirer l'attention, après avoir passé en revue les formes classiques.

La pleurésie rhumatismale vient ordinairement surprendre le rhumatisant vers la fin du premier septenaire, en pleine période de rhumatisme articulaire aigu. D'autres fois, cependant, elle peut être primitive et le rhumatisme débuter par la séreuse, sans toucher au préalable les articulations; c'est ce que nous appellerons, avec Martin et Lasègue, la pleurésie d'emblée.

Pleurésie d'emblée. — On devine déjà combien, devant une simple pleurésie, il serait difficile de dépister le poison rhumatique si cette affection, quoique ne présentant point des caractères bien

tranchés, n'offrait cependant quelques signes pouvant être rapportés à la diathèse.

Et, d'une part, chez un individu à hérédité rhumatismale, nous devons songer à la possibilité d'un rhumatisme pleural d'emblée, quand par élimination nous pouvons en distraire la pleurésie tuberculeuse ou consécutive à une autre maladie générale.

D'autre part, cette pleurésie rhumatismale est ordinairement accompagnée d'une élévation de température pouvant aller jusqu'à 40° et 41°, de douleurs affectant pour Lasègue un caractère spécial costo-musculaire et siégeant au niveau des insertions tendineuses plutôt que dans la plèvre. « Ce n'est pas un point de côté, c'est une série de « points douloureux, circonscrits, s'exagérant par « la pression et bien mieux par les mouvements « du malade, par les fortes inspirations, en d'au- « tres termes par tous les actes qui sollicitent l'in- « tervention des muscles thoraciques. »

Si nous constatons ce symptôme douleur dans le cours d'une pleurésie, il est impossible de ne point songer au rhumatisme, car il n'y a point de description qui se rapproche davantage de celle de la douleur périarticulaire au début du rhumatisme articulaire aigu.

Nous retrouvons encore les sueurs profuses à odeur empyreumatique spéciales au rhumatisme. La langue est blanche, crémeuse, le facies pâle. Ces derniers signes qui, dans deux cas, auraient suffi à

Füller (1) pour diagnostiquer à l'avance une attaque rhumatismale, ne seraient point acceptés par tous les auteurs.

On entend ensuite quelques frottements qui témoignent de l'inflammation de la muqueuse et bientôt un épanchement se produit.

Cet épanchement offre ordinairement tous les caractères des épanchements rhumatiques ; il est légèrement abondant, diminue de quantité d'un jour à l'autre, affecte tantôt l'une ou l'autre des bases thoraciques, tend à disparaître avec la plus grande rapidité.

Il présente tous les signes stéthoscopiques communs à la pleurésie et sur lesquels nous n'insisterons pas.

Enfin, la diathèse peut limiter son action aux atteintes pleurales, ou bien, la pleurésie guérie, les fluxions rhumatismales apparaissent venant confirmer le diagnostic. Je vais me permettre de rapporter à ce sujet un cas de Lasègue cité par Martin.

---

(1) Füller, On rhumatism, rapporté par Lebreton, th. 1884.

OBSERVATION I

Pleurésie rhumatismale d'emblée. — Accès de manie aiguë. — Fluxions articulaires secondaires.

Il s'agit d'un jeune homme d'une vingtaine d'années qui fut pris tout à coup, après quelques jours de malaise et de douleurs disséminées dans les membres, d'une pleurésie qui dura trois semaines. Celle-ci fut suivie d'un accès de manie des plus violents avec fièvre. Ne trouvant aucune cause qui put expliquer cette maladie et tenant compte des douleurs et de la pleurésie qui en avaient précédé l'apparition, M. Lasègue pensa que cette pleurésie et cette manie pouvaient bien être rhumatismales et l'on va voir que l'événement ultérieur justifia pleinement le diagnostic. En effet, quinze jours ne s'étaient pas écoulés que l'on vit tomber graduellement l'excitation maniaque, mais en même temps se développaient des manifestations rhumatismales aiguës du côté des jointures et du cœur qui prouvèrent clairement la nature des maladies pleurales et cérébrales.

Pleurésie secondaire. — Il est plus fréquent cependant de voir la pleurésie rhumatismale durant le cours du rhumatisme articulaire et surtout du rhumatisme articulaire aigu. Elle peut apparaître cinq à six jours après l'attaque en pleine période fébrile. C'est dans ce cas surtout que les manifesta-

tions pleurales ont plus de chances de passer inaperçues, le point de côté pouvant être considéré comme une douleur siégeant dans les articulations costales ou vertébrales et d'autant mieux que la pleurésie peut rester sèche se traduisant simplement à l'auscultation par quelques frottements ordinairement très fugaces.

On l'a vu apparaître encore en pleine période de de decours, du quinzième au vingtième jour ou après la disparition de toute manifestation articulaire paraissant se substituer à cette dernière.

C'est une pleurésie ordinairement latente, sans frisson, sans élévation sensible de la température, avec ou sans épanchement variable de quantité. La douleur, la gêne respiratoire sont ordinairement modérées, les symptômes fonctionnels peu intenses eu égard parfois à l'abondance de l'épanchement.

Le propre de cette pleurésie rhumatismale c'est, d'une part, la rapidité avec laquelle elle arrive à son summum d'intensité, sa mobilité, les phénomènes changeant de côté, d'un jour à l'autre, son aggravation ou son déclin subits, le peu de traces qu'elle laisse après elle.

Martin, dans sa thèse, cite neuf observations de ce genre. Vasquez en présente deux ; on pourrait en recueillir un grand nombre, car chaque auteur en a eu sous les yeux de nombreux cas. Je me contenterai de relater deux faits, qui m'ont paru offrir un certain intérêt. Le premier m'a été gracieusement communiqué par M. le Dr Bézy, pro-

fesseur de médecine infantile ; j'ai recueilli moi-même le deuxième dans la clientèle de M. le Dr Laforgue.

OBSERVATION II

Rhumatisme articulaire aigu. — Péricardite et endocardite. — Pleurésie de la base gauche.

Le nommé D. L..., âgé de douze ans, entre le 7 mai 1901, à la Clinique infantile de l'Hôtel-Dieu de Toulouse.

Antécédents héréditaires. Père et mère inconnus.

Ant. personnels. Bien portant jusqu'à onze ans ; à onze ans rhumatisme, endocardite.

Depuis une huitaine de jours le malade se sent très fatigué, il tousse. Il n'a d'après lui jamais eu de point de côté. Il porte les traces d'un vésicatoire, mais ce vésicatoire ne peut en rien éclairer le diagnostic ayant été placé sur les conseils d'une personne étrangère à l'art.

Facies pâle. Yeux battus. Dyspnée.

7 mai. — *Du côté du poumon.* — M. le professeur Bézy constate : à la percussion, submatité légère du côté de la base gauche, en arrière, vibrations non

abolies. A l'auscultation, légers frottements en ce point, râles muqueux disséminés des deux côtés.

Du côté du cœur. — Elargissement de la zône de matité, souffle systolique à la pointe, bruits du cœur assourdis, léger retrait de la région précordiale.

8 mai. — Mêmes symptômes, sauf frottement et râles qui ont complètement disparus.

L'examen radioscopique pratiqué quelques jours après par M. le Dr Marie a révélé que les mouvements du diaphragme étaient normaux, aucune différence d'un côté ni de l'autre. D'où pas de traces de pleurésie. Le 10 juillet à l'auscultation on ne perçoit pas le moindre symptôme d'inflammation pleurale. Il est donc permis de conclure que nous nous sommes trouvés en présence d'une pleurésie rhumatismale à évolution essentiellement fugace sans épanchement et qui a disparu sans laisser traces de son passage.

OBSERVATION III

Rhumatisme articulaire chronique. Manifestations articulaires et pleurales périodiques.

M. B..., trente-cinq ans, propriétaire près Montauban, a eu un grand-père rhumatisant. Lui-même, à l'âge de vingt-deux ans, a été surpris par une première attaque de rhumatisme articulaire aigu qui a guéri sans complications. Depuis lors il se plaint chaque année et à la même époque, vers le déclin des saisons

froides, de douleurs articulaires dans les membres inférieurs et la région lombaire, d'essouflement et d'un point de côté double localisé aux deux bases et en arrière. J'ai eu cette année l'occasion de l'ausculter au moment de sa crise. Il était couvert d'une sueur à odeur caractéristique. L'auscultation m'a fait percevoir de légers frottements pleuraux et la percussion une légère submatité aux deux bases.

Quelques jours après la douleur et les phénomènes stéthoscopiques avaient complètement disparu.

Pleurésie en galette de Lasègue. — Il nous a été permis durant le cours de cette année, dans le service de M. le docteur Caubet, de suivre une pleurésie rhumatismale qui nous a paru sortir du cadre classique et sur laquelle nous sommes heureux de pouvoir attirer l'attention.

OBSERVATION IV

Rhumatisme articulaire aigu. Pleurésie double avec épanchement à droite.

Menville Bernard, trente-deux ans, entré le 24 mai, salle Notre-Dame, n° 24.

Ant. hérédit. : mère morte depuis dix ans de maladie inconnue; père aveugle, mais bien portant; une sœur mariée sans enfant, rhumatisante.

Ant. personnels : Pas de maladie de l'enfance ; à quinze ans, après refroidissement, rhumatisme articulaire aigu qui alite le malade pendant un mois : cou de pied, genoux, doigts et coudes sont pris ; trait. : frictions à l'eau sédative, salicylate de soude ; pendant la convalescence quelques palpitations de cœur, au dire du malade ; pas d'autres maladies jusqu'à maintenant ; pas de service militaire (soutien de famille) ; alcoolisme peu marqué ; pas de syphilis.

Il y a une semaine, M..., qui s'était mouillé quelques jours avant, éprouve d'abord quelques vagues douleurs aux genoux. Bientôt après, les poignets, coudes et épaules sont atteints et le malade est obligé de garder le lit.

Il entre à l'hôpital le 24 mai.

Le lendemain de son entrée, douleur précordiale assez intense ; les battements du cœur sont légèrement assourdis ; la température est tous les jours plus élevée. On entend à l'auscultation du cœur, surtout à la pointe, des souffles d'une durée passagère qui apparaissent et disparaissent. Le 27 et le 28 la douleur précordiale s'irradie vers l'aisselle ; un véritable point de côté avec dyspnée se manifeste, tandis que les fluxions articulaires s'atténuent.

L'auscultation pulmonaire ne donne encore aucune indication, mais le lendemain des frottements sont nettement perçus des deux côtés, toutefois sur une hauteur plus considérable à droite qu'à gauche. Rapidement, vingt-quatre heures après, ils sont remplacés à droite par les signes non douteux d'un épanchement.

A droite, il existe une voussure au niveau de la partie postérieure du thorax de la huitième à la

douzième côte. *La matité s'étend jusqu'à l'épine de l'omoplate* ; un souffle assez doux se perçoit dans toute son étendue. Les vibrations sont très diminuées. A l'auscultation de la voix on constate de l'égophonie et de la pectoriloquie. Le foie est peu abaissé. *Tous les signes d'épanchement s'arrêtent au niveau de la ligne axillaire postérieure.* La percussion de la région sous-claviculaire antérieure, fait entendre un *skodisme* assez marqué avec *respiration exagérée à l'auscultation* (Schème n° 1 de Grancher, qui indique que le poumon sous-jacent est sain).

A gauche on perçoit en arrière et en bas une zone de submatité d'une hauteur de cinq à six travers de doigt au niveau de laquelle les frottements persistent. Ils s'atténuent pourtant peu à peu dans les jours suivants sans donner suite à un épanchement.

A droite l'épanchement si rapidement constitué ne se modifie guère. La T° qui présentait auparavant une rémission matutinale de 1 degré 1/2 à 2 degrés, arrivant quelquefois au-dessous de la normale, ne descend plus maintenant au-delà de 37°5, atteint ou dépasse le soir 38°6.

L'état général est relativement bon ; les articulations sont libres. La dyspnée s'est amendée avec la disparition du point de côté. Néanmoins, les signes physiques de l'épanchement restent. La ligne supérieure de la matité est toujours au niveau de l'épine de l'omoplate.

Une ponction évacuatrice est pratiquée le 3 juin, cinq jours après l'apparition de l'épanchement. On évacue 850 grammes d'un liquide citrin, sans doute

cloisonné par des fausses membranes nombreuses qui interrompent plusieurs fois son écoulement.

Le malade est soulagé par cette thoracentèse. La température tombe et reste au voisinage de 37° tandis que les jours précédents elle variait autour de 38°, 38°5.

Néanmoins, un certain état pleural est encore manifeste. Les frottements ont réapparu. La matité franche de la veille a fait place à de la submatité ; les vibrations sont toujours franchement diminuées. On entend encore un souffle léger. Cet ensemble symptomatique persiste encore pendant six à sept jours ; il ne disparaît que grâce à une large application de pointes de feu.

Le salicylate de soude a été donné pendant toute la durée de la maladie à la dose journalière de 3 à 4 grammes au début, de 2 grammes pendant la convalescence. Vers le milieu de juin le malade commence à se lever ; il sort guéri dans les derniers jours du mois.

Combien nous sommes loin des formes ordinaires de la pleurésie rhumatismale ! Nous ne retrouvons plus ici cette fugacité, cette mobilité de l'épanchement qui pour la plupart des auteurs caractérise cette affection. La durée de la résorption est largement augmentée, tandis que dans les cas précédents l'inflammation pleurale peut disparaître du jour au lendemain, les phénomènes qui ont débuté le 30 mai sont encore manifestes le 15 juin et n'ont guère complètement disparu que vers le 25 du même mois. C'est en somme une pleurésie à évolution

lente sans tendance rapide à la résorption, avec formation manifeste de fausses membranes. Apparaissant durant le cours d'un rhumatisme articulaire aigu, elle a beaucoup de chances pour être de nature rhumatismale. Mais pourquoi ne serait-ce point une pleurésie tuberculeuse évoluant chez un rhumatisant? C'est une question de diagnostic qui devait venir tout naturellement à l'esprit d'un observateur sagace et que nous allons essayer d'éclaircir.

Si nous recherchons les limites de l'épanchement nous constatons que d'une part il s'arrête au niveau de l'épine de l'omoplate, et, d'autre part, au niveau de la ligne axillaire postérieure; ce sont là les limites que Lasègue a assignées à la pleurésie rhumatismale. C'est une pleurésie *en galette* et non une pleurésie tournante comme les inflammations tuberculeuses, pleurésie à épanchement immobile quelque position que prenne le malade, l'épanchement étant bridé par des néo-membranes n'est point diffusible.

L'affection a guéri sans laisser de traces, après une seule ponction évacuatrice, à la suite d'application de pointes de feu. Est-ce là la terminaison habituelle de la pleurésie tuberculeuse?

Enfin Netter, dans le *Traité de médecine* (t. VII, p. 428-29, 2e édition), donne d'après Grancher le schéma n° 2 : skodisme avec diminution de la respiration dans le sommet, comme un symptôme fréquent dans la pleurésie tuberculeuse. Certains auteurs le considèrent même comme un signe de

certitude. Or, il n'existait pas dans notre observation où nous avions le schéma n° 1 : skodisme avec augmentation de la respiration.

De la valeur du cyto-diagnostic dans la pleurésie rhumatismale. — Malgré la valeur réelle de ces symptômes cliniques, tous en faveur de la pleurésie rhumatismale, le diagnostic n'en restait pas moins hésitant. M. le docteur Rispal eut alors l'idée de faire l'analyse cytologique du liquide obtenu par ponction et d'en rechercher la formule leucocytaire.

Je ne crois point que cette nouvelle méthode, due à Widal et Ravaut ait encore été utilisée pour l'étude de la pleurésie rhumatismale. Les résultats obtenus, peu décisifs, appellent de ce côté de nouvelles recherches.

« Le cyto-diagnostic, nous dit Milian (1), consiste « à reconnaître la nature d'un liquide pathologique « d'après la quantité des éléments cellulaires qu'on « y rencontre ». Il est basé sur ce principe, que dans tous les cas d'inflammation, l'organisme réagit par ses leucocytes suivant la nature de cette inflammation même, c'est-à-dire suivant le genre de lutte à soutenir.

De nombreuses expériences ont été faites dans les

---

(1) Presse médicale, 24 avril 1901.

autres formes de pleurésies. Nobécourt et Bigard étudient la formule leucocytaire des séreuses chez le cobaye normal (1), Barjon et Cade dans les pleurésies par infarctus cardiaque (2), J. Courmont et F. Arloing dans la pleurésie diphtérique expérimentale du cobaye (3), Widal et Ravaut sur le liquide des pleurésies tuberculeuses (4). Nous pourrions encore citer les noms de Sabrazès, de Boinet, de Bertrand et Fontan qui ont contribué à vulgariser la méthode, celui de Malassez qui l'avait déjà pressentie en créant « la leucémie de suppuration ».

Les résultats de tous ces travaux nous ramènent aux conclusions générales émises par Achard et Lœper le 2 mars 1901 (Soc. de biol.) :

1° Dans les affections fébriles passagères, sans tendance à l'organisation (bronchite, pneumonie, pleurésie, etc.), on rencontre ordinairement de la leucocytose, de la polynucléose et une certaine tendance à l'éosinophilie.

2° Dans les affections subaiguës (tuberculose et pleurésie tuberculeuse, syphilis), on trouve au contraire de la lymphocytose et de la mononucléose avec grandes cellules à un seul noyau.

Cependant Achard fait observer que cette formule

(1) Bull. hebd. Société de Biol., 1er décembre 1900.
(2) — — 22 juin 1901.
(3) — — 18 janvier 1901.
(4) — — 22 décembre 1900.

peut varier et prendre le type inverse suivant l'époque où l'on observe l'affection.

Au début des maladies fébriles, la polynucléose serait très nette; vers le déclin, il peut y avoir lymphocytose et mononucléose.

La pleurésie qui nous occupe pouvait à bon droit être considérée comme une affection fébrile, passagère, sans tendance à l'organisation et de ce fait entrer dans la première de ces deux classes. L'analyse n'a pas donné à M. le Dr Rispal les résultats auxquels on aurait pu s'attendre.

Le liquide extrait par la ponction, soumis à la centrifugation, avant la coagulation de la fibrine, a fourni un léger dépôt qui a été étalé sur lames et coloré par les procédés ordinaires. L'examen microscopique de ces préparations a montré l'existence de leucocytes polynucléaires, de lymphocytes, de grandes cellules mononucléaires et de quelques globules sanguins. La numération de ces diverses variétés indique une prédominance marquée des lymphocytes et des grandes cellules mononucléaires.

D'après ces données, notre cas rentrerait dans la classe des affections subaiguës à côté de la pleurésie tuberculeuse.

Il faut cependant tenir compte de l'époque de l'analyse ; peut-être la ponction a-t-elle été trop tardive pour les besoins de la cause et en étions-nous déjà au moment où la formule leucocytaire prend le type inverse.

Malgré ces résultats apparemment contradictoires,

nous n'en restons pas moins partisan de la méthode, songeant qu'elle est encore incomplète, qu'elle réclame de nouvelles études plus concluantes et nous espérons que de nouveaux travaux établiront définitivement la valeur du cyto-diagnostic dans la pleurésie rhumatismale.

Les conclusions que nous tirerons de cette discussion, sont les suivantes :

Nous avons eu affaire à une pleurésie double évoluant durant le cours du rhumatisme articulaire aigu. L'épanchement à droite a présenté les symptômes cliniques de la pleurésie rhumatismale, pleurésie en galette, qui a guéri rapidement et sans laisser de traces. L'analyse cytologique nous a fourni une formule leucocytaire mixte plutôt à type inverse et qui ne nous permet point d'affirmer la nature vraiment rhumatismale de l'affection.

Quant à la pleurésie gauche, c'est une pleurésie sèche qui a offert la fugacité et la mobilité des localisations rhumatismales ordinaires.

Pronostic.

Le pronostic de la pleurésie rhumatismale est généralement bénin. C'est une affection qui évolue rapidement vers la guérison faisant craindre seulement des récidives parfois nombreuses et tenaces, mais sans aucune tendance à la vraie chronicité. La quantité de liquide épanché, ordinairement peu abondante, ne met nullement la vie du malade en danger, si ce n'est dans le cas où il se produit trop brusquement et peut tuer le malade par syncope, mais ce fait n'est pas inhérent à la pleurésie rhumatismale seule, nous la retrouvons dans tous les cas de pleurésie à évolution rapide.

Cependant, pour Lasègue, la pleurésie qui survient au déclin de la maladie serait extrêmement redoutable.

Traitement.

Le traitement de la pleurésie rhumatismale n'offre rien de bien complexe ni de bien intéressant.

Comme toutes les fluxions articulaires, elle est tributaire du traitement salicylé.

Quant à l'épanchement, ou bien il se résorbe spontanément, ou bien il est passible de la thoracenthèse si la résorption est lente et la dyspnée pénible comme pour notre malade, obs. IV. Une seule ponction évacuatrice suffit ordinairement.

Nous ne parlerons que pour mémoire du vésicatoire fortement prôné par Lebreton, Lasègue, etc., généralement abandonné aujourd'hui.

Conclusions

Les observations de pleurésie rhumatismale sont nombreuses et concluantes. La plupart, pour ne point dire la totalité des auteurs, qui se sont trouvés en présence de pleurésies évoluant pendant le cours de la diathèse, ont considéré cette affection comme une manifestation de la diathèse elle-même.

Il nous est donc permis de conclure :

1° Que l'existence de la pleurésie rhumatismale est un fait acquis à la science ;

2° Que cette affection évolue plus facilement chez des individus à antécédents pleuraux, de préférence chez l'enfant et l'adulte ; on peut la rencontrer cependant chez le vieillard ;

3° Qu'elle se présente au clinicien sous des formes essentiellement variables, tantôt comme la première et la seule manifestation du rhumatisme, c'est alors la pleurésie d'emblée ; tantôt durant le cours ou le décours de la diathèse, c'est la pleurésie secondaire, absolument indépendante ou concommitante à une affection cardiaque et qui peut exister seule ou être contemporaine de plusieurs autres complications. Dans ce dernier cas, sèche ou avec épanchement, elle peut revêtir les caractères propres aux fluxions rhumatismales : fugacité et mobilité caractéristiques ou bien évoluer à la façon des pleurésies tuberculeuses ; c'est alors la pleurésie en galette, offrant une difficulté de diagnostic que quelques symptômes cliniques spéciaux et l'analyse cytologique sont, peut-être, appelés à résoudre ;

4° Que le pronostic en est ordinairement bénin et le traitement celui du rhumatisme en général, aidé de la thoracentèse dans le cas de grand épanchement.

Stoll, ne connaissant point l'auscultation, et se basant simplement sur la douleur et la coexistence de symptômes pulmonaires, a pu s'exagérer la fréquence des manifestations pleurales dans le rhumatisme. Nous ne tomberons point dans cet excès. Nous sommes disposés à croire cependant, avec bon nombre d'auteurs, que cette affection est loin d'être rare. Elle peut passer inaperçue eu égard à sa fugacité, ou masquée par des complications plus bruyantes. Aussi, accepterions-nous la loi de Cho-

mel, qui conseille d'ausculter tous les jours la poitrine dans le cours du rhumatisme et de surveiller à la fois et le cœur et le poumon.

Vu : *Le Président de la Thèse,*
CAUBET.

Vu : *Le Doyen,*
CAUBET.

Vu et permis d'imprimer,
Toulouse, le 21 juillet 1901.
Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université :
PERROUD.

Toulouse. — Imp. Lagarde et Sebille, rue Romiguières, 2.